

# ĐƠN XIN



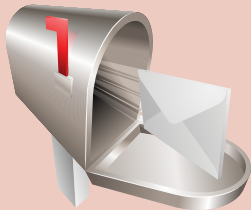
LOUISIANA  
DEPARTMENT OF  
HEALTH  
Medicaid

## 4 CÁCH NỘP ĐƠN DỄ DÀNG



### TRÊN MẠNG

[www.medicaid.la.gov](http://www.medicaid.la.gov)  
(đề nghị)



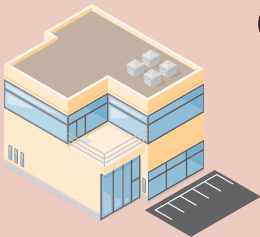
### GỬI ĐƠN TỚI

Medicaid Application  
Office, P.O. Box 91278  
Baton Rouge, LA  
70821-9278



### GỌI ĐIỆN THOẠI

1-888-342-6207  
(số miễn phí)



### GẶP NHÂN VIÊN

Gọi số 1-888-342-6207  
để tìm văn phòng gần  
nhất.



*Giúp thanh toán lệ phí Medicare,  
Phụ Trả, và Tiền Khấu Trừ*

#### Giới Hạn Lợi Tức Hàng Tháng (Kể từ 03/01/18)

	QMB	SLMB & QI
Độc thân	\$1,012	\$1,366
Có gia đình	\$1,372	\$1,852

QMB sẽ trả lệ phí Medicare part B, deductibles, và co-insurance.  
SLMB và QI chỉ trả tiền Medicare part B mà THÔI.

#### Giới Hạn Về Tài Sản (Kể từ 01/01/18)

	Giới Hạn
Độc thân	\$7,560
Có gia đình	\$11,340

Những vật quý vị làm chủ sẽ được tính nhu tài sản ngoại trừ nhà  
của quý vị, một xe ô-tô, bảo hiểm nhân thọ và bảo hiểm mai táng.

TTY Tiêu Điện thoại  
1-800-220-5404

¿Necesita traductor  
de español? Llame al  
1-888-342-6207

Quý vị có cần thông dịch  
viên người Việt không?  
Nếu cần xin gọi số  
1-888-342-6207

# ĐƠN XIN CHƯƠNG TRÌNH TIẾT KIÊM MEDICARE BANG LOUISIANA

*Giúp thanh toán lệ phí Medicare, Phụ Trữ, và Tiền Khấu Trừ*

- Nếu quý vị có Medicare, hãy điền đơn này để xem quý vị có đủ điều kiện cho Chương Trình Medicare Tiết Kiệm.
- Nếu muốn nộp đơn cho người chưa có Medicare, vui lòng điền **Đơn Xin Bảo Hiểm Toàn Phần**. Gọi số để lấy đơn 1-888-342-6207 hoặc lên mạng [www.medicaid.la.gov](http://www.medicaid.la.gov).
- Nếu cần thêm khoảng trống, hãy dung một tờ riêng hoặc khoảng trống ở trang số 5.
- Nếu quý vị có thắc mắc, hãy gọi số 1-888-342-6207 từ Thứ hai–Thứ sáu để gặp người một đại diện Medicaid. TTY dùng bản điện thoại gọi số 1-800-220-5404.
- Điền đơn và gửi tới **Medicaid Application Office, P.O. Box 91278 Baton Rouge, LA 70821-9893** hoặc đánh fax tới số 1-877-523-2987.

Ngôn ngữ nào quý vị thường dùng? ☐ Tiếng Anh ☐ Tiếng Mỹ ☐ Tiếng Việt ☐ Ngôn ngữ khác: \_\_\_\_\_

► **IN CHỮ** rõ ràng bằng mực đen.

## 1 — Thông Tin Cá Nhân

Tên gọi	Chữ đầu tên lót	Tên họ	Hậu tố (Sr., Jr., vv)
Số Anh Sinh Xã Hội	Ngày tháng năm sinh	Giới tính <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	
Tình trạng gia đình <input type="checkbox"/> Độc thân <input type="checkbox"/> Lập gia đình <input type="checkbox"/> Góa <input type="checkbox"/> Li dị/Li thân		Quý vị có phải người gốc Mỹ hoặc Latinh không? (tùy ý) <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Chủng tộc (Tùy ý – có thể đánh dấu một ô hay nhiều hơn)			
<input type="checkbox"/> Da trắng	<input type="checkbox"/> Ấn Độ	<input type="checkbox"/> Nhật	<input type="checkbox"/> Á Châu
<input type="checkbox"/> Da đen hoặc Châu Phi	<input type="checkbox"/> Trung Quốc	<input type="checkbox"/> Hàn Quốc	<input type="checkbox"/> Samo
<input type="checkbox"/> Phi	<input type="checkbox"/> Viet nam	<input type="checkbox"/> Guam hoặc Đảo Camoro	<input type="checkbox"/> Đảo Thái Bình Dương
<input type="checkbox"/> Mỹ Bản Xứ hoặc Bản Xứ Alaska – Bộ Tộc: _____		<input type="checkbox"/> Dân tộc khác: _____	

## 2 — Thông Tin Liên Lạc

Địa chỉ gửi thư		Địa chỉ nhà (Nếu khác)	
P.O. box hoặc địa chỉ	Số căn hộ/Lô #	Địa chỉ	Số căn hộ/Lô #
Thành Phố	Tiểu bang	Zip	Thành Phố
Tiểu bang		Zip	Tiểu bang
Địa chỉ email (Nếu có)		Quận (Nơi quý vị sinh sống)	
Số điện thoại nhà ( )	Số điện thoại di động ( )	Số điện thoại khác ( )	

3 — Thông Tin Của Người Phối Ngẫu

Quý vị đã lập gia đình và đang sống với người phối ngẫu không?
 ☐ Có
 ☐ Không
 (Nếu **KHÔNG**, trả lời số 4)

Tên gọi	Chữ đầu tên lót	Tên họ	Hậu tố (Sr., Jr., vv)
---------	-----------------	--------	-----------------------

Số Anh Sinh Xã Hội	Ngày tháng năm sinh	Giới tính <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ
--------------------	---------------------	---

Quý vị phải là người gốc Mễ hoặc Latinh không? (tùy ý) <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Race (optional – you may mark one or more) <input type="checkbox"/> Da trắng <input type="checkbox"/> Da đen <input type="checkbox"/> Á châu <input type="checkbox"/> Bản địa Hawaii hoặc Đảo Thái Bình Dương <input type="checkbox"/> Mỹ Bản Xứ hoặc Bản Xứ Alaska – Bộ Tộc: _____ <input type="checkbox"/> Dân tộc khác
--	--

Người phối ngẫu của quý vị có muốn xin chương trình Medicare Savings không?
 ☐ Có ☐ Không

4 — Thông Tin Về Medicare

	Quý vị	Người phối ngẫu (nếu có gia đình)
--	--------	-----------------------------------

Số Medicare Claim		
-------------------	--	--

Người này có bảo hiểm y-tế không? (ngoài Medicare ra) hoặc bảo hiểm phụ cho Medicare?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
---	--	--

5 — Tiền Thu Nhập Thừ Việc Làm (ví dụ: tiền mặt, checks, bo, vv.)

Có ai trong nhà đi làm không?
 ☐ Có ☐ Không
 (Nếu **KHÔNG**, trả lời số 6)

	Việc làm 1	Việc làm 2	Việc làm 3
--	------------	------------	------------

Tên người đi làm			
------------------	--	--	--

Tên sở làm			
------------	--	--	--

Số điện thoại của chủ nhân	(       )	(       )	(       )
----------------------------	-----------	-----------	-----------

Người này có cơ sở riêng không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
---------------------------------	--	--	--

Họ được trả bao nhiêu? (Tổng số tiền trước khi trừ thuế)	\$	\$	\$
--	----	----	----

Kỳ hạn lãnh lương? (hàng tuần, hàng tháng, vv.)			
---	--	--	--

6 — Thu Nhập Khác (ví dụ: tiền Anh Sinh Xã Hội, tiền hưu, bồi thường lao động, vv.)

Có ai trong nhà nhận được tiền từ các nguồn khác?
 ☐ Có ☐ Không
 (Nếu **KHÔNG**, trả lời số 7)

	Nguồn 1	Nguồn 2	Nguồn 3
--	---------	---------	---------

Ai nhận số tiền này?			
----------------------	--	--	--

Số tiền này từ đâu đến?			
-------------------------	--	--	--

Họ được trả bao nhiêu? (Tổng số tiền trước khi trừ thuế)	\$	\$	\$
--	----	----	----

Kỳ hạn lãnh lương? (hàng tuần, hàng tháng, vv.)			
---	--	--	--

7 — Chi Phí Y-Tế

Quý vị hoặc người phối ngẫu có hóa đơn y-tế không (thanh toán hoặc chưa) cho những dịch vụ y-tế trong 3 tháng qua không? ☐ Có ☐ Không (Nếu **KHÔNG**, trả lời số 8)

	Chi phí 1	Chi phí 2	Chi phí 3
Ai nhận phục vụ y-tế?			
Tên bác sĩ, trạm xá hoặc nơi phục vụ y-tế			
Số điện thoại	(       )	(       )	(       )
Ngày tháng được phục vụ			
Tổng số phí tổn	\$	\$	\$

8 — Những Vật Quý Vị Làm Chủ

Quý vị có lam chủ những thứ sau đây không?	Ai làm chủ?	Chi tiết (bao gồm tên của các ngân hàng, các công ty bảo hiểm, vv.)	Có giá trị bao nhiêu?
Tài khoản kiểm tra <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không			\$
Tài khoản tiết kiệm <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không			\$
Tài khoản trực tiếp <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không			\$
Xe (ô-tô, xe tải, tàu, motô, RVs, ATVs, vv.) <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không			\$
Những xe khác <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không			\$
Nhà khác ngoài nơi cư trú <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không			\$
Hộp an toàn (CD) <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không			\$
Niên kim, trusts, cổ phiếu, trái phiếu, tài khoản hưu trí <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không			\$
Bảo hiểm nhân thọ hoặc chôn cất <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không			\$
Tiền để dành cho mai táng hoặc hợp đồng <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không			\$
Hộp an toàn <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không			\$
Mục khác <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không			\$

**Độc kỹ và ký tên**

Bằng việc ký đơn này, tôi cho phép Bang Louisiana và những cơ quan liên lạc để xác nhận những thông tin được cung cấp trên đơn này. Dưới hình phạt về tội khai man, tôi xác nhận rằng tất cả thông tin được cung cấp trong đơn này kể cả quốc tịch Hoa Kỳ hoặc tình trạng di trú hợp pháp của tất cả những người nhận nguồn lợi, tất cả đều là sự thật theo sự hiểu biết của tôi. Hoặc người nào đó đã đọc phần “Quyền Lợi và Trách Nhiệm” của đơn này (phần dưới ở trang này), kể cả phần hình phạt về khai man.

Ký tên:	Ngày:
Người phối ngẫu ký tên (nếu xin):	Ngày:

*Dùng khoảng trống để ghi chú hoặc cung cấp những thông tin mà quý vị chưa liệt kê hết ra trong đơn.*

AC Center \_\_\_\_\_ AC ID \_\_\_\_\_ AC Rep \_\_\_\_\_

**QUYỀN LỢI VÀ TRÁCH NHIỆM**

**Khi quý vị nộp đơn xin nguồn lợi với Louisiana Department of Health (LDH), quý vị đồng ý những điều sau:**

- Quý vị phải thông báo cho Medicaid biết những thay đổi hoặc những sự khác biệt xảy ra sau khi nộp đơn. Gọi 1-888-342-6207 để trình báo những thay đổi. Quý vị phải hiểu rằng một sự thay đổi cũng có thể ảnh hưởng đến những điều kiện trong gia đình quý vị.
- Quý vị xác nhận những câu trả lời trong đơn này đều thật sự thật. Nếu quý vị cố ý cung cấp những thông tin không đúng hoặc quý vị che giấu những thông tin, thì quý vị phạm pháp. Trong trường hợp quý vị phạm pháp thì quý vị phải hoàn trả lại số tiền mà LDH đã trả cho những dịch vụ của quý vị.
- Quý vị hiểu rằng số An Sinh Xã Hội chỉ được dùng để thu thập những thông tin từ những cơ quan chính phủ khác để xem quý vị có đủ tiêu chuẩn hay không.
- Bạn hiểu rằng việc nhận Medicaid, Cơ Quan có quyền lấy tiền mà bạn nhận và/hoặc người khác nhận qua nguồn như tiền được trả từ bảo hiểm hoặc kiện tụng cho những dịch vụ y tế mà Medicaid đã trả tiền cho bạn và/hoặc cho người khác.

**Quyền lợi**

- Quý vị có quyền khiếu nại nếu quý vị cho rằng những quyết định cho hồ sơ của quý vị không công bằng, không đúng, hoặc quá trễ.
- LDH sẽ không phân biệt về sắc tộc, màu da, giới tính, tuổi, tàn tật, tín ngưỡng, dân tộc hoặc chính trị. Nếu quý vị cho rằng LDH đã vi phạm, vui lòng gọi U.S. DHHS Regional Office for Civil Rights in Dallas, TX tại 1-800-368-1019 hoặc gửi thư tới Louisiana Department of Health, Human Resources tại P.O. Box 4818, Baton Rouge, LA 70821-4818.

**STATE OF LOUISIANA  
VOTER REGISTRATION AGENCIES  
DECLARATION FORM**

**If you are not registered to vote where you live now, would you like to apply to register to vote here today? (Check one)**

☐ I want to register to vote.

☐ I do not want to register to vote.

**IF YOU DO NOT CHECK EITHER BOX, YOU WILL BE CONSIDERED TO HAVE DECIDED NOT TO REGISTER TO VOTE AT THIS TIME.**

Applying to register or declining to register to vote **will not** affect the amount of assistance that you will be provided by this agency. Voter eligibility requirements are found on the voter registration application form.

Note: If you do register to vote, the location where your application was submitted will remain confidential. If you decline to register to vote, this fact will remain confidential. Applying to register or declining to register to vote will be used **only** for voter registration purposes.

**If you would like help in filling out the voter registration application form, we will help you. The decision whether to seek or accept help is yours. You may fill out the application form in private. (Check one)**

☐ Yes, I would like help.

☐ No, I do not want help.

For assistance in completing the voter registration application form outside our office, contact Louisiana Department of Health and hospitals at 1-888-342-6207.

If completed outside our office, this declaration form and your completed voter registration application form (if you filled one out) should be returned to P.O. Box 91278 Baton Rouge, LA 70821-9278.

Signature or Mark	Name Typed or Printed	Date
Signatures of Two Witnesses If Signed With Mark:		
1) _____	2) _____	

**COMPLAINTS**

If you believe that someone has interfered with your right to register or to decline to register to vote, your right to privacy in deciding whether to register or in applying to register to vote, or your right to choose your own political party or other political preference, you may file a complaint with the Louisiana Secretary of State, Commissioner of Elections, P.O. Box 94125, Baton Rouge, LA 70804-9125 or by calling (225) 922-0900 or 1-800-883-2805.

**Comments/Remarks (for official use only):**



# Louisiana Voter Registration Application

(LA-VRA - Rev. 4/17)

SEE THE OTHER SIDE OF THIS PAGE FOR INSTRUCTIONS →  
**QUESTIONS?** - Call your parish Registrar of Voters Office or call the Secretary of State at 1-800-883-2805 or (225) 922-0900.

OFFICIAL USE ONLY:      **WD:** \_\_\_\_\_ **PCT:** \_\_\_\_\_ **REG. TYPE:** \_\_\_\_\_ **IN/OUT:** \_\_\_\_\_ **REG #** \_\_\_\_\_

Please print clearly in ink, preferably black.

**Reason for Application:**   ☐ New Voter Registration   ☐ Updating Voter Registration

<b>Eligibility</b>	<b>1.</b>	Are you a citizen of the United States of America?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	If you answered "No" to these questions, do not complete this form. You are not eligible to vote at this time.
		Will you be 18 years of age on or before election day?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	

<b>Name</b>	<b>2.</b>	LAST NAME: _____	FIRST NAME: _____
		FULL MIDDLE OR MAIDEN NAME: _____	SUFFIX (Sr., Jr., II) _____

<b>Residence Address</b> (Where you live and claim homestead exemption, if any)	<b>3.</b>	HOUSE # & STREET (NO P.O. BOX): _____	UNIT/APT #: _____	<b>Give Location</b> (If Necessary) <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 10px auto;"></div>
		CITY/TOWN: _____	STATE <u>LA</u> ZIP CODE: _____	

<b>Mailing Address</b> (If different from Residence Address)	<b>3.</b>	<input type="checkbox"/> Check if no postal service at your residence address above and supply mailing address here.		
		HOUSE # & STREET/P.O. BOX: _____	UNIT/APT #: _____	CITY/TOWN: _____

<b>Birthdate</b>	<b>4.</b>	MM / DD / YYYY	<b>5. *SSN</b>	XXX - XX - XXXX	<b>6. Sex</b>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<b>7. Race</b> (Optional)	<input type="checkbox"/> WHITE <input type="checkbox"/> BLACK <input type="checkbox"/> ASIAN
		<input type="checkbox"/> REP <input type="checkbox"/> NO PARTY <input type="checkbox"/> LBT						<input type="checkbox"/> HISPANIC <input type="checkbox"/> AMERICAN INDIAN

<b>Party Affiliation</b>	<b>8.</b>	<input type="checkbox"/> DEM <input type="checkbox"/> GRN <input type="checkbox"/> IND <input type="checkbox"/> LBT	<b>9. Place of Birth</b>	CITY/TOWN: _____	STATE: _____
		<input type="checkbox"/> OTHER (Specify) _____		PARISH/COUNTY: _____	COUNTRY: _____

<b>Mother's Maiden Name</b>	<b>10.</b>	_____	<b>11. Email</b> (Optional)	_____	<b>12. Phone</b> (Optional)	Home: (____) _____ - _____
						Other: (____) _____ - _____

<b>LA DL/ID Card #</b>	<b>13.</b>	_____	<b>14. Do you need assistance in voting?</b>	<input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> I do not have a LA DL/ID card		<input type="checkbox"/> Yes, Reason: _____

<b>Place of Last Residence</b>	<b>15.</b>	HOUSE # & STREET: _____	<b>16. Place of Last Registration</b>	STATE: _____	<b>17. Former Registered Name, if any</b>
		CITY: _____      STATE: _____		PARISH/COUNTY: _____	

<b>Affirmation and Signature</b> (read and sign or make your mark)	<b>18.</b>	I do hereby solemnly swear or affirm that I am a United States citizen, that I am of eligible age to register to vote, that I am not currently under an order of imprisonment for conviction of a felony, that I am not currently under a judgment of full interdiction or limited interdiction where my right to vote has been suspended, that I am a bona fide resident of this state and parish, and that the facts given by me on this application are true to the best of my knowledge and belief. If I have provided false information, I may be subject to a fine of not more than \$2,000 (\$5,000 for subsequent offense) or imprisonment for not more than 2 years (5 years for subsequent offense), or both. Any false statement may constitute perjury.	
		Applicant Signature: <input checked="" type="checkbox"/>	Date: _____

<b>Witnesses</b> (If your signature is a mark, you must have two witnesses sign)	<b>19.</b>	Witness #1 Signature: <input checked="" type="checkbox"/>	Witness #1 Print Name: _____
		Witness #2 Signature: <input checked="" type="checkbox"/>	Witness #2 Print Name: _____

\* Last 4 digits of the social security number are required, if issued, and you have no LA driver's license or LA special ID; full SSN number is preferred but optional.

**Note:** If you decline to register to vote, this fact will remain confidential and will be used only for voter registration purposes. If you register to vote, the office where your application was submitted will remain confidential and will be used only for voter registration purposes. You may request a copy of your voter registration form at any time from the registrar of voters.

OFFICIAL USE ONLY	<input type="checkbox"/> New Registration      Updated Registration: <input type="checkbox"/> Address Change <input type="checkbox"/> Name Change <input type="checkbox"/> Party Change <input type="checkbox"/> Change to Assistance in Voting
REMARKS:	
CIRCLE ONE:	
PA   MV   RG   SDA   SS (Disability)	Received by: _____      Date: _____



# Louisiana Voter Registration Application

(LA-VRA - Rev. 4/17)

**QUESTIONS?** - Call your parish Registrar of Voters Office or call the Secretary of State at 1-800-883-2805 or (225) 922-0900.

## APPLICATION INSTRUCTIONS

**USE THIS LOUISIANA VOTER REGISTRATION APPLICATION TO:** 1) register to vote; 2) change your address; 3) request a name change; 4) change party affiliation; or 5) request assistance in voting.

**TO REGISTER AND BE ELIGIBLE TO VOTE AN APPLICANT MUST:** 1) be a U.S. citizen; 2) be 17 years old (16 years old if registering to vote in person at the Registrar's Office or the Office of Motor Vehicles), but must be 18 years old before actually voting; 3) not be under an order of imprisonment for conviction of a felony; 4) not be under a judgment of full or limited interdiction where your right to vote has been suspended; 5) reside in the state and parish in which you seek to register and vote.

**Instructions:** the grey section numbers on this page correspond to the grey section numbers on the application.

**Reason for Application:** Check "New Voter Registration", if this is a first time registration or if a new registration in a new parish after moving. Check "Updating Voter Registration", if you are making any change to your present registration. If new registration, fill out the form completely.

1. **Eligibility** - Federal law requires you to affirm that you are a citizen of the United States of America and that you will be 18 years of age on or before the election day in which you are eligible to vote. If you answered "No" to these questions, do not complete this application form. You are not eligible to vote at this time. If you are registering as a 16 or 17 year old, you may check "Yes" because you will not be allowed to vote until you are 18.
2. **Name** - You **must** provide your full name. Do not use nicknames or initials for middle or maiden name. *If this application is for a change of name, please also complete section 17: "Former Registered Name".*

**Residence Address** - "Residence Address" means the address (Number, Street, City, State and Zip) where you live and are registering to vote. Residence address **must** be the address where you claim homestead exemption, if any, except for a resident in a nursing home or veterans' home who may choose to use the address of the nursing home or veterans' home or the home where they have a homestead exemption. A college student may elect to use their home address or their address at school while attending. Do not use a post office box for your "Residence Address". If you use a rural route and box number, you may draw a map in box labeled "Give Location" to provide the exact location. Write in the names of the crossroads (streets) nearest to residence. Draw an X to show residence. Use a dot to show any schools, churches, stores or landmarks near residence and write the name of the landmark.

**Mailing Address** - If you check that you do not receive postal service at your residence address, you **must** provide your mailing address (Number, Street, City, State and Zip). Otherwise a mailing address may be provided and you may use a Post Office Box for a mailing address.
4. **Birthdate** - Print your date of birth. The month and day of your birth remains confidential by law.
5. **Social Security Number** - If you do not have a LA driver's license or LA special identification card, you **must** provide the last four digits of your social security number, if issued. The full social security number is preferred and may be provided on a voluntary basis and will be kept confidential. If you were not issued a social security number, you **must** attach either one or more documents to prove your identity, residence and date of birth. Documents may be: a) a copy of current and valid photo identification and/or b) a copy of a current utility bill, bank statement, government check, paycheck, or other government document. *Your SSN number remains confidential and is only used for registration purposes.*
6. **Sex** - Check male or female (*for statistical purposes only*).
7. **Race** - Race/Ethnic origin is optional (*for statistical purposes only*).
8. **Party Affiliation** - If you are registering for the first time, you may choose a party affiliation of Democrat, Green, Independent, Libertarian or Republican parties. You may specify any other party affiliation by checking "other" and then listing the party you wish to affiliate. If you do not want to register with a political party affiliation check "No Party", or if you do not complete this section, your party affiliation will be listed as "no party". If you are already registered with a party affiliation and no political party change is being made with this application, you may leave this section blank or re-enter your political party affiliation.
9. **Place of Birth** - Print the city/town, parish/county, state and country of your birth place (*for statistical purposes only*).
10. **Mother's Maiden Name** - Print your mother's maiden name, which is her last name at her birth. If unknown, write "unknown".
11. **Email** - Give your email address for election officials to contact you if there is a problem with your registration. *Email addresses are protected from disclosure by law and are for official use only.*
12. **Phone** - Give your phone numbers for election officials to contact you if there is a problem with your registration. *Phone numbers are optional and a public record unless you make a request for your phone numbers to be kept confidential by election officials.*
13. **LA DL/ID Card #** - Print your LA driver's license or LA special identification card number, if issued. If you do not have one, check "I do not have a LA DL/ID card". *This ID number remains confidential and is for official use only.*
14. **Assistance in Voting Needed?** - Indicate if you will need assistance in voting by checking either the "No" or "Yes" box. If "Yes", write the reason for needing assistance. The registrar of voters in your parish may contact you for proof of disability.
15. **Place of Last Residence** - Print the address (number and street), city, and state of your prior residence, if different from residence address in section 3 or write "Same".
16. **Place of Last Registration** - Print the state and parish (or county) of your last registration if you were registered in another parish or state prior to completing this application. **Important:** Contact the local election office in your prior state and cancel your prior registration. Registering in Louisiana does not automatically cancel or transfer your voter registration from another state.
17. **Former Registered Name** - If you are using this application to make a name change to your registration, print your former registered name (name you are changing) in this section. If name changed by court order, provide a copy of the order with this application.
18. **Affirmation and Signature** - Read the affirmation and sign your full name or make your mark and print the date this application was signed and completed. *If assistance in registering is being provided, make sure the applicant understands what they are affirming and that they meet the requirements to register to vote.*
19. **Witnesses** - If you are unable to sign your name, you may make your mark, but it **must** be witnessed by two people or it is not valid.

**Mailing Instructions** - If returned by mail, place in an envelope and mail to your Registrar of Voters Office. You can find your registrar of voters mailing address on the Registrar of Voters Address Page, by visiting our website at [www.geauxvote.com](http://www.geauxvote.com) or by calling the toll free at 1-800-883-2805. Your application or envelope **must** be postmarked 30 days prior to the first election in which you seek to vote.

**Online Voter Registration** - Voter registration is also available at [www.geauxvote.com](http://www.geauxvote.com) and you may register online before the 20<sup>th</sup> day prior to the election. Please call your registrar of voters if you do not receive your voter information card two weeks after registering.